



Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical

SOLICITUD DE AHORRO VOLUNTARIO

Información General del Asociado Solicitante

Nombre: _____

Número Empleado: _____ Teléfono _____

Fecha Inicio Ahorro: _____

Autorizo a Abbott Medical para que sea deducido de mi salario los siguientes montos correspondientes a ahorros voluntarios con ASOMEDICAL:

COLONES

<u>Tipo de Ahorro</u>	<u>Monto Bisemanal</u>
Ahorro a la Vista:	₡ _____
Ahorro Navideño:	₡ _____
Ahorro Escolar:	₡ _____
Ahorro Vacacional:	₡ _____

El monto mínimo a deducir es de **₡1.000,00 bisemanales**

Nombre y Firma del Asociado

Fecha de Solicitud

Uso Administrativo

Registrado por

Fecha de Registro